

様式第1号（第5関係）

令和 年 月 日

一関市長 様

申請者 所在地又は住所 〒

事業所名（屋号等）

代表者職・氏名 ㊟

電話番号

感染対策認証店応援給付費交付申請書兼請求書

感染対策認証店応援給付費の交付を受けたいので、一関市感染対策認証店応援給付費交付要綱に基づき、次のとおり関係書類を添えて申請し、給付金を請求します。

申請店舗数	店舗	申請額（請求額） （店舗数×10万円）	円
-------	----	------------------------	---

1 事業者情報

申請事業者の区分	<input type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人事業主 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
中小企業要件の確認			
主たる業種分類	<input type="checkbox"/> 小売業・飲食業 <input type="checkbox"/> サービス業 <input type="checkbox"/> 宿泊業 <input type="checkbox"/> 卸売業 <input type="checkbox"/> 製造業・建設業・運輸業・その他		
資本金（又は出資の総額）	円	従業員数	人

2 振込口座

口座情報	銀行・金庫 組合・農協	店 所	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座						
	口座名義〈カナ〉		※カタカナのみで記載してください						

振込口座（法人：法人名義のもの、個人：事業主名義のもの）

3 申請店舗

No.	店舗名 (住所)	店舗電話番号	認証番号
1			
2			
3			
4			
5			

4 誓約・同意事項

一関市感染対策認証店応援給付費の申請するにあたって、次の通り誓約します。

- 1 一関市感染対策認証店応援給付費交付要綱第3第2項に該当しません。
- 2 給付金受給後も、事業を継続する意思を有しています。
- 3 この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、感染対策認証店応援給付費の交付の決定を取り消され、又は、給付金の返還を求められても、異議は一切申し立てません。
- 4 この誓約内容を確認するため、一関市が他の官公署に照会を行うことについて、同意します。

年 月 日

住所
事業所名
代表者名

印

5 添付書類

- (1) いわて飲食店安心認証制度に関する認定書類の写し
- (2) 振込先口座の通帳の写し
- (3) 【法人のみ】現在事項全部証明書又は履歴事項全部証明書の写し
- (4) 【個人事業主のみ】本人確認書類の写し